



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

2014/2015

Inês Ferreira dos Santos  
Indução eletiva do trabalho de parto às 39  
semanas de gestação Vs atitude  
expectante: revisão sistemática

março, 2015

FMUP

Inês Ferreira dos Santos  
Indução eletiva do trabalho de parto às 39  
semanas de gestação Vs atitude  
expectante: revisão sistemática

**Mestrado Integrado em Medicina**

**Área: Ginecologia/Obstetrícia**

**Tipologia: Monografia**

**Trabalho efetuado sob a Orientação de:  
Doutora Carla Maria de Almeida Ramalho**

**Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:  
Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa**

março, 2015

FMUP

**Projeto de Opção do 6º ano - DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE**

Eu, Inês Ferreira dos Santos, abaixo assinado, nº mecanográfico 200901417, estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste projeto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 20 / 03 / 2015

Assinatura:

Inês Ferreira dos Santos

NOME

Inês Ferreira dos Santos

CARTÃO DE CIDADÃO

E-MAIL

TELEFONE OU TELEMÓVEL

13895424

ines\_f\_santos@live.com.pt

917361028

NÚMERO DE ESTUDANTE

DATA DE CONCLUSÃO

200901417

2015

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

Ginecologia/Obstetrícia

TÍTULO MONOGRAFIA

*Indução eletiva do trabalho de parto às 39 semanas de gestação Vs atitude expectante: revisão sistemática.*

ORIENTADOR

Doutora Carla Maria de Almeida Ramalho

É autorizada a reprodução integral desta Monografia para efeitos de investigação e de divulgação pedagógica, em programas e projectos coordenados pela FMUP.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 20/03/2015

Assinatura conforme cartão de identificação:

Inês Ferreira dos Santos

*Aos meus pais por me ensinarem o caminho da  
honestidade e da persistência e pelo apoio incondicional.*

## **INDUÇÃO ELETIVA DO TRABALHO DE PARTO ÀS 39 SEMANAS DE GESTAÇÃO VS ATITUDE EXPECTANTE: REVISÃO SISTEMÁTICA**

### **RESUMO**

**Objetivo:** Comparar a indução eletiva (IE) do trabalho de parto às 39 semanas com a atitude expectante em gestações únicas não complicadas, por meio da realização de uma revisão sistemática. **Resultados:** Quanto à taxa de cesarianas às 39 semanas, a maioria dos estudos reportou uma frequência igual ou inferior no grupo da IE. No geral, as complicações maternas e neonatais não foram mais frequentes após IE, com estudos a evidenciar menor incidência de infecções peri parto maternas, hemorragia pós-parto, mortalidade perinatal, admissão na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal e menor frequência de mecônio no líquido amniótico. No entanto, a IE foi associada a uma maior utilização de analgesia epidural, distocia de ombros, trabalho de parto mais prolongado e um maior gasto de recursos. **Conclusão:** A IE do trabalho de parto às 39 semanas não parece estar associada a uma taxa de cesarianas significativamente maior e poderá melhorar os *outcomes* neonatais.

## **ELECTIVE INDUCTION OF LABOR AT 39 WEEKS VS EXPECTANT MANAGEMENT : A SYSTEMATIC REVIEW**

### **ABSTRACT**

**Objective:** We aimed to compare elective induction (EI) of labor at 39 weeks with expectant management of noncomplicated singleton pregnancies, by performing a systematic review. **Results:** Regarding the cesarean section rate, most studies reported an equal or lower frequency in the EI group, but the pooled odds ratio of the three comparable observational studies slightly favored expectant management. Overall, maternal and neonatal complications were not higher after EI, with studies associating it to a lower frequency of peri partum maternal infections, postpartum hemorrhage, perinatal mortality, neonatal ICU admissions and meconium-stained amniotic fluid. However, EI was associated with an increase in shoulder dystocia, higher incidence of epidural analgesia and an increase in labor duration and resource use. **Conclusion:** EI of labor at 39 weeks, when compared to expectant management, does not seem to be associated with a significantly higher rate of caesarean sections and it may improve neonatal outcomes.

**Keywords:** elective," labor, induced"[mesh], expectant management, 39 weeks, "Pregnancy Outcome"[mesh]

## INTRODUÇÃO

A indução do trabalho de parto (TP), um dos procedimentos obstétricos mais comuns, mais do que duplicou desde 1990.<sup>1</sup> Nos países desenvolvidos, a prevalência de parto após indução pode chegar a 1 em cada 4.<sup>2</sup> A sua realização de forma eletiva (indução sem indicação médica/obstétrica antes do início espontâneo do trabalho de parto ou da rotura de membranas e que antecede as 41 semanas de gestação) é a principal responsável por este aumento, apesar de ser um dos temas mais controversos da área da Obstetrícia e de ainda faltarem algumas respostas relativamente a questões de segurança e custo-eficácia.<sup>3,4</sup>

Há quem argumente que, com a melhoria da segurança, da eficácia dos métodos de indução, dos cuidados intraparto e da monitorização fetal e com uma seleção cuidadosa das grávidas, a indução pode ser usada com segurança em determinadas circunstâncias em que não há indicação médica para tal.<sup>5</sup> Mas há também quem advogue que esta prática constitui um risco desnecessário para a mãe e para o feto e que, dessa forma, as grávidas deveriam ser desaconselhadas quanto à indução eletiva (IE).<sup>6</sup>

A motivação para a indução eletiva geralmente prende-se com questões de natureza social e logística (como por exemplo o viver longe do hospital, o receio da grávida não ser acompanhada pelo seu médico aquando do parto espontâneo, a preocupação face a eventuais complicações maternas e neonatais, as queixas relacionadas com as alterações físicas e emocionais da gravidez, a vontade por parte da grávida/médico de realizar o parto num determinado dia e altura do dia, etc.).<sup>4,5</sup> A preocupação com a morte fetal, o trauma associado ao parto, a distocia de ombros e a encefalopatia neonatal com o parto vaginal depois das 39 semanas de gestação são questões importantes no momento de decidir sobre a data do nascimento e o tipo de parto.<sup>7</sup>

Nos últimos 20 anos tem-se verificado uma tendência para a diminuição do número de partos após as 39 semanas, com um concomitante aumento destes em gestações de termo precoces (37 e 38 semanas), que tem sido associado a um maior número de intervenções obstétricas, como a indução do trabalho de parto e o parto por cesariana.<sup>8</sup>



A OMS desaconselha a indução do parto numa gestação não complicada antes das 41 semanas, embora o nível de evidência seja fraco.<sup>2</sup> A opinião do Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia é a de que a realização da indução eletiva antes das 39 semanas de indução deve ser desaconselhada, uma vez que tem sido associada a uma maior morbilidade e mortalidade neonatal.<sup>9</sup>

Embora ainda limitada, a literatura sobre indução eletiva do trabalho de parto tem vindo a aumentar concomitantemente com o aumento da sua utilização e face à ausência de conhecimentos claros dos *outcomes* maternos e neonatais quando comparada a uma gestação sujeita a atitude expectante (AE).<sup>3</sup> A maioria das informações acerca destes *outcomes* centra-se em gestações de termo tardias mas tem vindo a aumentar o número de estudos que incluem gestações de termo precoces.<sup>10</sup>

Alguns estudos revelaram que o parto às 39 semanas em nulíparas com gestações únicas de termo não complicadas está associado a um menor risco de morbilidade neonatal e materna.<sup>10,11,12</sup> De facto, com o aumento da idade gestacional, é previsível que haja um aumento progressivo do tamanho fetal e o desenvolvimento de disfunção placentária, que aumentam o risco de complicações perinatais.<sup>13,14</sup> Como tal, para além do risco do parto numa determinada idade gestacional, o risco de prolongar a gestação tem de ser tido em consideração.<sup>11</sup>

Pensa-se que as grávidas com 39 semanas e um colo não amadurecido são as que menos provavelmente terão um parto espontâneo e que, como tal, têm uma maior probabilidade de necessitar de indução de parto por gestação pós-termo ou por outra indicação médica.<sup>15</sup>

A maioria dos estudos feitos sobre indução do parto reportam como consequência uma maior taxa de cesarianas. Contudo, de uma forma geral, estes estudos usam como grupo de comparação o parto espontâneo, que tem sido criticado por muitos autores por não constituir um verdadeiro cenário clínico (um médico não pode optar pelo parto espontâneo).<sup>16</sup> Uma grávida sujeita a AE pode entrar em trabalho de parto espontaneamente, necessitar de cesariana por indicação médica ou mesmo necessitar de indução do parto. Há autores que defendem que no grupo de comparação da AE devem ser incluídas grávidas com idade gestacional igual às do grupo da indução (que têm o parto a partir da mesma semana em que as outras grávidas que são

submetidas a indução do trabalho de parto), mas a maior parte inclui no grupo de comparação grávidas que entraram em trabalho de parto apenas a partir da semana seguinte à da indução.<sup>13</sup> A maioria dos estudos não incluem exclusivamente induções sem indicação médica e muitos têm como população alvo nulíparas, uma vez que são as que têm maior risco de vir a ter parto por cesariana (evidência forte). Há evidência de que o risco de parto por cesariana após indução estará também aumentado nos casos de colo não amadurecido e à medida que aumenta a idade gestacional (evidência moderada).<sup>17,18,19</sup>

Ao tomar decisões tão importantes como as relacionadas com a maternidade, é fundamental que a mulher grávida seja conhecedora da informação acerca da melhor evidência disponível quanto à segurança e eficácia das diferentes escolhas que lhe são oferecidas.

Com esta revisão, pretende-se comparar a indução eletiva do trabalho de parto às 39 semanas com a atitude expectante em gestações únicas não complicadas.

## MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se uma pesquisa nas bases de dados *Medline (PubMed)* e *ScienceDirect*. Na *Pubmed* usou-se a seguinte expressão: ((“Labor, Induced”[mesh] OR “induction of labor” OR “labor induction” OR "elective induction" OR "non-medically indicated induction") AND "expectant management"); na *ScienceDirect* a (pub-date > 1993 and ALL(“induction of labor” OR “labor induction” OR "elective induction" OR "non-medically indicated induction" ) and ALL("expectant management"))[Journals(Medicine and Dentistry)].

Foram incluídos os artigos escritos em Inglês ou Português que mencionassem: comparação entre a indução eletiva e a atitude expectante em gestações únicas, saudáveis e de termo, com dados que incluíssem o período das 39 semanas de gestação e que descriminassem o tipo de parto e/ou *outcomes* maternos e/ou neonatais associados. Os tipos de estudos incluídos foram estudos originais observacionais e randomizados publicados entre janeiro de 1994 e outubro de 2014.

Como critério de exclusão inicial utilizaram-se as informações obtidas pela leitura do título e do resumo, sendo posteriormente feita a leitura integral dos restantes artigos (com exclusão daqueles que cumpriam critérios para tal). Excluíram-se artigos publicados apenas sob a forma de resumo, revisões sistemáticas, estudos que incluíssem exclusivamente gestações pré/pós-termo e gestações complicadas, com cesariana prévia e indicação médica para indução de parto, que apenas fizessem comparação de tipos de indução do parto e que usassem como grupo de comparação exclusivo o parto espontâneo.

Por fim, foi feita uma pesquisa manual bibliográfica a partir dos artigos inicialmente obtidos.

A partir dos estudos com metodologia comparável foi feita uma metanálise com o programa *Comprehensive Meta-Analysis®*, para obter um *odds ratio* combinado.

## RESULTADOS

### **Resultados da pesquisa bibliográfica**

Na base de dados *Medline* foram obtidos 173 artigos, tendo sido selecionados 14 após leitura do título e resumo (os restantes foram excluídos por não fornecerem informação adequada ao tema, por não apresentarem o grupo de comparação adequado ou por serem revisões sistemáticas). Foi excluído 1 artigo por ter sido publicado apenas sob a forma de resumo e 1 por o estudo estar ainda a decorrer. Após leitura integral, foram excluídos 6 por não incluírem exclusivamente induções eletivas.

Na base de dados *ScienceDirect*, foram obtidos 1093 artigos, tendo sido selecionados após leitura do título e *abstract* 15 artigos. Destes, 11 foram publicados apenas sob a forma de resumo. Em relação aos restantes 4, apenas 2 eram diferentes dos obtidos na base de dados da Pubmed, mas 1 deles foi excluído por não incluir exclusivamente induções eletivas.

Incluiu-se ainda 1 artigo citado nas referências primárias. Foram assim selecionados para esta revisão 8 estudos, que podem agrupar-se da seguinte forma: 2 ensaios clínicos randomizados, 5 estudos de coorte retrospectivos e 1 estudo transversal retrospectivo.

### **Qualidade dos estudos selecionados**

Todos os estudos usam o grupo de comparação tido atualmente como o mais adequado (tendo sido esse um dos critérios de inclusão) - AE a partir da idade gestacional em estudo. Apenas dois são estudos prospectivos e ambos apresentam um tamanho amostral que não permite obter um poder estatístico adequado. No estudo randomizado de Amano, K., et al. 1999<sup>20</sup>, a análise dos resultados não foi feita segundo a intenção de tratar. Metade dos estudos apresentam um total de grávidas superior a 1000. A maioria dos autores usaram a regressão logística multivariável para controlo de fatores de confundimento. A análise estratificada por paridade foi realizada em apenas três artigos. O cálculo prévio do tamanho amostral, importante para um adequado poder estatístico, foi realizado em menos de metade dos estudos.

### **Resultados dos estudos**

São apresentadas na tabela I, as características dos estudos (título, autor, ano, país, tipo de estudo, objetivo, métodos e amostra) que cumpriram os critérios de inclusão para esta revisão. Todos os 8 estudos selecionados, publicados entre 1994 e 2014, maioritariamente nos EUA, incluíram gestações únicas não complicadas, com feto em apresentação cefálica. Quatro dos estudos têm tamanho amostral superior a 1000; 4 incluíram apenas nulíparas; foi tido em conta o Índice de Bishop em 4; 3 estudos não estratificaram a sua análise por idade gestacional; quatro estudaram gestações com IE das 39 às 40 semanas, dois das 37 às 40, um das 38 às 40 e um das 37 às 41 (atualmente considera-se que às 41 semanas a indução tem indicação médica). Todos usaram como grupo de comparação a atitude expectante, com parto a partir da semana que se segue à da indução. Três dos artigos fizeram uma análise secundária, usando como grupo de comparação os casos de atitude expectante com parto a partir da mesma semana da indução.

Na tabela II são apresentados os *outcomes*, principais resultados e conclusões dos artigos selecionados. No geral, às 39 semanas as complicações maternas e neonatais foram tão

ou menos frequentes após utilização da indução eletiva, com estudos a evidenciar incidência menor de infecções peri-parto maternas (2 estudos, com diferenças significativas), hemorragia pós-parto (2 estudos, 1 com diferenças significativas), mortalidade perinatal (3 estudos, com diferenças significativas em 2 deles), admissão na UCI neonatal (3 estudos, 2 com diferenças significativas) e menor frequência de mecônio no líquido amniótico. No entanto, a indução eletiva foi associada a uma maior utilização de analgesia epidural, a trabalho de parto mais prolongado (3 estudos), a uma admissão na UCI neonatal significativamente maior num dos estudos e a distocia de ombros (2 estudos, com diferenças estatisticamente significativas). Quanto à taxa de cesarianas às 39 semanas, um estudo reportou uma maior frequência no grupo da IE (diferença significativa), dois reportaram uma menor frequência na IE (diferenças igualmente significativas) e os 5 restantes (incluindo os dois estudos randomizados) não verificaram diferenças significativas entre os dois grupos em comparação, incluindo nas grávidas com colo não amadurecido. Um dos três estudos (Stock, SJ., et al. 2012)<sup>13</sup> que efetuou a análise secundária para incluir as grávidas do grupo da AE que eventualmente entrassem em trabalho de parto na mesma semana que as do grupo da IE, mostrou um aumento do número de partos distócicos das 39 às 41 semanas no grupo da IE, tendo estes resultados contrariado os da análise primária. Nos restantes estudos não houve diferenças usando os dois grupos de comparação.

Nas tabelas III e IV pormenorizam-se os resultados dos estudos relativamente aos *outcomes* maternos e neonatais (aqueles que reuniam maior representatividade entre os estudos).

O *odds ratio* combinado quanto ao risco de cesarianas no grupo da indução eletiva às 39 semanas Vs atitude expectante nos 3 estudos observacionais com metodologia comparável (Fig. 1) foi de 1,038 (IC 95%: 0,992 a 1,086), favorecendo ligeiramente a atitude expectante.

Por fim, na tabela V, encontram-se as características (título, autor, ano de publicação, país, amostra) e os principais resultados e conclusões dos seis estudos de coorte retrospectivos não selecionados para a revisão por, apesar de fazerem a comparação entre a indução do trabalho de parto e a atitude expectante, não incluírem exclusivamente induções sem indicação médica. Glantz, JC. 2010<sup>21</sup> verificou uma maior taxa de cesarianas no grupo da indução. Liu, S.,

et al. 2013<sup>4</sup>, num estudo que pretendeu examinar a associação entre a indução do trabalho de parto e a morbilidade materna tendo em conta a idade gestacional, verificaram que a hemorragia pós-parto e a sépsis puerperal eram mais prevalentes em mulheres pertencentes ao grupo da indução às 38 e 39 semanas de gestação. Num estudo de coorte retrospectivo de 2012, Cheng, YW., et al.<sup>1</sup> reportaram uma taxa de cesarianas significativamente menor e *outcomes* neonatais (Apgar 5 <7, admissão na UCI neonatal e síndrome de aspiração de mecónio) mais favoráveis no grupo da indução às 39 e 40 semanas. Os restantes estudos não selecionados não revelaram diferenças significativas entre o grupo da indução e o da atitude expectante.

## DISCUSSÃO

Há uma preocupação face à elevada e crescente percentagem de indução eletiva do trabalho de parto, visto que a opinião geral é a de que tem um papel no incremento da taxa de cesarianas que se tem verificado e que ainda não é claro se haverá algum benefício médico materno e neonatal que lhe esteja associado.

Os estudos incluídos, de uma forma geral, apontam para um risco de cesariana equivalente ou inferior nas grávidas submetidas a indução eletiva, contrastando com a opinião geral (para a qual contribuíram estudos observacionais mais antigos, que comparavam a indução eletiva com o parto espontâneo). Parece haver uma menor frequência de complicações maternas (hemorragia pós-parto e infeções) e neonatais (mortalidade perinatal e presença de mecónio no líquido amniótico) mas o número reduzido de estudos, a ausência de estudos randomizados de larga escala e o facto de nem todos avaliarem os mesmos *outcomes* não permite retirar conclusões seguras.

Atualmente, parece não haver evidências suficientes que nos permitam definir a melhor idade gestacional para a indução do parto.<sup>22</sup> No entanto, a idade gestacional "ideal" para o parto não é necessariamente igual para todas as grávidas e, como acontece muito frequentemente na prática médica, a abordagem a cada gestante deve ser individualizada.<sup>11</sup>

As grávidas com uma menor probabilidade de parto espontâneo (em maior risco de gestação pós-termo) são as que em princípio beneficiarão mais da indução eletiva às 39 semanas. O desafio está em identificar estas grávidas e em balancear os riscos e os benefícios de induzir o trabalho de parto face aos de continuar a gravidez. A previsão do sucesso de uma indução faria sentido no caso da IE mas é atualmente ainda limitada. Parece, no entanto, prudente, desaconselhar esta prática nas grávidas com colo não amadurecido (muito embora não haja evidência definitiva quanto ao efeito desta prudência na diminuição da probabilidade de parto por cesariana).

A evidência quanto à satisfação das grávidas após indução do trabalho de parto não é consensual: Shetty et al.<sup>23</sup>, baseando-se num questionário, associaram a indução a um TP mais prolongado e doloroso com uma menor satisfação da grávida; por outro lado, Spaich S. et al.<sup>24</sup>, em 2013, chegaram à conclusão que a satisfação da grávida não está diretamente dependente do início espontâneo ou não do TP e que os principais fatores determinantes são o suporte dado durante a tomada de decisões e durante o TP e a eficácia da analgesia.

### **Variáveis de confusão**

Os fatores passíveis de causar confusão indicados nos vários estudos são: idade, raça, índice de massa corporal, escolaridade e seguro de saúde da grávida, idade gestacional no momento do parto, Índice de Bishop, cuidados pré-natais, tipo de hospital e consumo de tabaco.

As grávidas submetidas a indução eletiva têm geralmente idade mais avançada, maior índice de massa corporal, maiores habilitações académicas e seguro de saúde.

### **Outras revisões sistemáticas sobre o tema**

Há já pelo menos cinco revisões sistemáticas que fazem a comparação entre a indução eletiva do trabalho de parto e a atitude expectante, não tendo contudo nenhuma discutido em particular as 39 semanas de gestação. Caughey, AB. et al., em 2009<sup>25</sup>, com uma amostra de 76 artigos que incluíam predominantemente induções eletivas comparadas com parto espontâneo/atitude expectante e que, na sua maioria, estudavam gestações de 41 ou mais semanas, relataram não haver diferenças significativas na taxa de cesarianas antes das 41 semanas, não tendo no entanto evidências suficientes para retirar nenhuma conclusão nessa

faixa de idade gestacional. Caughey, AB. et al., também em 2009<sup>5</sup>, com uma amostra de 36 artigos, que incluíam exclusivamente casos de IE, não encontraram igualmente diferenças significativas entre a IE e a AE antes das 41 semanas. Gülmezoglu, AM. et al. 2012<sup>26</sup>, com uma amostra de 22 artigos e incluindo casos de indução com indicação médica, reportaram uma menor mortalidade perinatal após indução nas gestações pós-termo. Wood, S., et al.<sup>27</sup>, em 2014, com uma revisão de 37 estudos randomizados em grávidas com membranas intactas, incluindo induções com indicação médica e gestações complicadas, concluíram haver um risco significativamente menor de parto por cesariana no grupo da indução, sem diferenças significativas nos *outcomes* maternos e neonatais. É sugerido nesta revisão que a indução eletiva pode beneficiar grávidas com alto risco de parto por cesariana, como por exemplo aquelas com idade materna mais avançada e obesas. Ainda em 2014, Mishanina, E., et al.<sup>28</sup>, com uma amostra de 157 estudos randomizados, incluindo induções sem indicação médica e gestações pré e pós-termo, complicadas ou não, verificaram um risco de cesariana 12% menor (19% menor no caso de gestações não complicadas), uma menor taxa de admissão na UCI neonatal e uma menor mortalidade perinatal no grupo da indução, sem diferenças quanto aos *outcomes* maternos. A análise estratificada por amadurecimento inicial do colo uterino, indicação para indução e método de indução não levaram a alterações nos principais resultados.

Estas revisões partilham entre si a ausência de conclusões para gestações de termo mais precoces e o facto de incluírem estudos antigos, acrescentando maior risco de erro pela variedade da prática clínica.

### **Limitações dos estudos selecionados**

A maioria dos estudos são observacionais. Embora tenham uma metodologia que permite um maior tamanho amostral, são mais suscetíveis a fatores de confundimento, muitas vezes não mensuráveis na sua totalidade. Os dados usados nestes estudos, muito dependentes da qualidade dos registos efetuados, apresentam baixa sensibilidade e especificidade para a definição de uma indução eletiva. Muitas vezes os casos de indução eletiva são codificados como tal perante a inexistência de indicações médicas especificadas. A estratificação dos resultados quanto ao amadurecimento do colo uterino é rara, sendo esta uma variável



potencialmente importante para prever o sucesso da indução eletiva. Algumas das variáveis em estudo têm uma prevalência tão reduzida que se torna difícil perceber o impacto da indução eletiva (ex: rotura uterina, distocia de ombros, mortalidade materna, mortalidade perinatal), obrigando à utilização de uma amostra maior.

A utilização de métodos transparentes e reprodutíveis para classificar uma indução como eletiva e a definição adequada do grupo de comparação contribuiriam para a devida comparação entre os vários estudos.<sup>29</sup>

Nos estudos em que há uma elevada necessidade de indução do trabalho de parto no grupo da atitude expectante há um maior risco de enviesamento dos resultados, podendo tornar obscura a verdadeira relação da indução com a taxa de cesarianas.<sup>27</sup>

Ao prolongar a atitude expectante até às 42 semanas (como a maioria dos estudos incluídos) há também um risco de enviesamento a favorecer o grupo da IE pelo facto de o risco de cesariana ser maior nessa idade gestacional.

Outra limitação prende-se com o facto da IE a partir das 37 semanas (3 estudos) e a partir das 38 semanas (1 estudo) não estar de acordo com as recomendações atuais de não induzir eletivamente o trabalho de parto antes das 39 semanas.

### **Pontos positivos e negativos desta revisão**

Nenhuma outra revisão estudou a comparação da IE com a AE especificamente às 39 semanas. Os estudos incluídos usaram como população em estudo apenas induções eletivas e o grupo de comparação que atualmente é tido como o correto.

As dificuldades encontradas durante a elaboração desta revisão foram aquelas inerentes a este tipo de estudo: a falta de acesso a todos os dados do estudo ou a ausência de dados suficientes para análise; a divergência encontrada entre os vários estudos que pretendem responder a uma questão comum, em relação à definição das variáveis em estudo e à definição das variáveis de confusão. É sabido também que a revisão sistemática não pode compensar as limitações inerentes aos estudos em que se baseia.

As dificuldades em sumariar os resultados apresentados nesta revisão assentam no número limitado de estudos (pelo facto de um estudo ter maior impacto nos resultados) e na

heterogeneidade de *outcomes* maternos e neonatais e da população selecionada para cada estudo (nulíparas Vs multíparas; colo amadurecido Vs não amadurecido).

Foram excluídos doze artigos por terem sido publicados apenas sob a forma de resumo. Pela leitura dos mesmos, prevê-se que os resultados fossem de encontro aos desta revisão, uma vez que na sua maioria apontavam resultados semelhantes ou favoráveis ao grupo da indução eletiva.

### **Novos estudos a decorrer**

Atualmente, a discussão acerca da indução eletiva às 39 semanas vive um período de transição entre estudos observacionais e randomizados prospetivos pouco significativos e estudos randomizados em larga escala. Está a decorrer desde 2012 um estudo randomizado prospetivo multicêntrico no Reino Unido, cujo objetivo é o de comparar a indução eletiva às 39 semanas face à atitude expectante em nulíparas com mais de 35 anos de idade (*Induction of labour versus expectant management for nulliparous women over 35 years of age: a multi-centre prospective, randomised controlled trial*). Este estudo pretende incluir 630 grávidas e terá apenas poder suficiente para encontrar diferenças significativas na taxa de cesarianas. Com um outro estudo (*Induction in Nulliparous Women at 39 Weeks to Prevent Adverse Outcomes: A Randomized Controlled Trial*) pretende-se comparar a morbilidade severa e mortalidade perinatais após IE às 39 semanas com a AE em nulíparas com gestações de termo únicas não complicadas, tendo como hipótese que estas serão menores no grupo da indução. Este estudo pretende incluir cerca de 6000 grávidas de 10 estados dos EUA, com randomização da intervenção às 38 semanas de gestação.<sup>30</sup> Os resultados deste estudo estarão provavelmente disponíveis em 2016. Será o maior estudo randomizado disponível sobre IE comparada à AE.

É necessário que investigações futuras, de preferência randomizadas e com tamanho amostral suficientemente alargado, tenham em conta a necessidade de clarificar o tipo de indução em estudo, de utilizar um grupo de comparação adequado (de preferência apresentando estratificação dos resultados da atitude expectante semana a semana, de forma a incluir também os partos que ocorrem na mesma semana que os do grupo da indução), de padronizar o tipo de variáveis em estudo e as variáveis de confundimento a ter em conta e de estratificar a sua

análise por paridade, amadurecimento do colo e método usado para a indução, de forma a que se possam tirar conclusões de forma mais segura. Seria ainda relevante avaliar o impacto da IE em termos de custo-eficácia e satisfação materna.

## CONCLUSÃO

Em suma, a indução eletiva do trabalho de parto às 39 semanas, quando comparada à atitude expectante não parece estar associada a uma taxa de cesarianas significativamente maior e estudos observacionais evidenciam que poderá melhorar os *outcomes* neonatais. Desta forma, a preocupação face ao impacto da indução eletiva na saúde materna e neonatal não deverá ser um entrave a investigações futuras acerca desta intervenção tão frequentemente realizada, mas ainda pouco estudada. No entanto, não tendo ainda sido provados benefícios perinatais e maternos em estudos randomizados robustos com tamanho amostral e grupo de comparação adequados, torna-se difícil defender esta prática apenas por questões de natureza social e logística, na ausência de indicações que excedam os seus riscos. Assim e por enquanto, não parece haver evidências suficientes para alterar as recomendações atuais da prática clínica.

## REFERÊNCIAS

1. Cheng YW, K.A., Snowden JM, Nicholson JM, Caughey AB., *Induction of labor compared to expectant management in low-risk women and associated perinatal outcomes*. Am J Obstet Gynecol, 2012. 207(6): p. 502 e1-8.
2. in *WHO Recommendations for Induction of Labour* 2011: Geneva.
3. Bailit JL, G.K., Reddy UM, Gonzalez-Quintero VH, Hibbard JU, Ramirez MM, et al., *Maternal and neonatal outcomes by labor onset type and gestational age*. Am J Obstet Gynecol, 2010. 202(3): p. 245 e1-245 e12.
4. Liu S, J.K., Hutcheon JA, Bartholomew S, Leon JA, Walker M, M.S. Kramer, and R.M. Liston, *Gestational age-specific severe maternal morbidity associated with labor induction*. Am J Obstet Gynecol, 2013. 209(3): p. 209 e1-8.

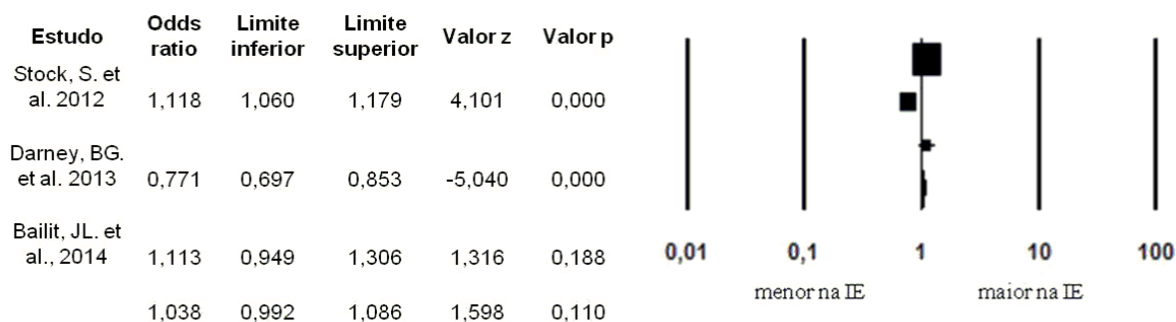
5. Caughey AB, S.V., Kaimal AJ, Gienger A, Cheng YW, McDonald KM, et al., *Systematic review: elective induction of labor versus expectant management of pregnancy*. Ann Intern Med, 2009. 151(4): p. 252-63, W53-63.
6. Simpson KR, A.J., *Trends and issues in labor induction in the United States: implications for clinical practice*. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 2003. 32(6): p. 767-79.
7. Engle WA, K.M., *Late preterm infants, early term infants, and timing of elective deliveries*. Clin Perinatol, 2008. 35(2): p. 325-41, vi.
8. Davidoff MJ, D.T., Damus K, Russell R, Bettgowda VR, Dolan S, et al., *Changes in the gestational age distribution among U.S. singleton births: impact on rates of late preterm birth, 1992 to 2002*. Semin Perinatol, 2006. 30(1): p. 8-15.
9. *ACOG committee opinion no. 561: Nonmedically indicated early-term deliveries*. Obstet Gynecol, 2013. 121(4): p. 911-5.
10. Cheng YW, N.J., Nakagawa S, Bruckner TA, Washington AE, Caughey AB, *Perinatal outcomes in low-risk term pregnancies: do they differ by week of gestation?* Am J Obstet Gynecol, 2008. 199(4): p. 370 e1-7.
11. Mandujano A, W.T., Myers SA, *The risk of fetal death: current concepts of best gestational age for delivery*. Am J Obstet Gynecol, 2013. 208(3): p. 207 e1-8.
12. Caughey AB, W.A., Laros RKJr, *Neonatal complications of term pregnancy: rates by gestational age increase in a continuous, not threshold, fashion*. Am J Obstet Gynecol, 2005. 192(1): p. 185-90.
13. Stock SJ, F.E., Duffy A, Ford I, Chalmers J, Norman JE, *Outcomes of elective induction of labour compared with expectant management: population based study*. BMJ, 2012. 344: p. e2838.
14. Caughey AB, N.J., Cheng YW, Lyell DJ, Washington AE, *Induction of labor and cesarean delivery by gestational age*. Am J Obstet Gynecol, 2006. 195(3): p. 700-5.

15. Osmundson S, O.-Y.R., Grobman WA, *Elective induction compared with expectant management in nulliparous women with an unfavorable cervix*. Obstet Gynecol, 2011. **117**(3): p. 583-7.
16. Osmundson SS, O.-Y.R., Grobman WA, *Elective induction compared with expectant management in nulliparous women with a favorable cervix*. Obstet Gynecol, 2010. **116**(3): p. 601-5.
17. *Elective Induction of Labor: Safety and Harms*, in *Comparative Effectiveness Review Summary Guides for Clinicians* 2007: Rockville (MD).
18. Luthy DA, M.J., Zingheim RW, *Cesarean delivery after elective induction in nulliparous women: the physician effect*. Am J Obstet Gynecol, 2004. **191**(5): p. 1511-5.
19. Tam T, C.M., Schuler H, Malang S, Roque M, *Delivery outcomes in women undergoing elective labor induction at term*. Arch Gynecol Obstet, 2013. **287**(3): p. 407-11.
20. Amano K, S.K., Shoda T, Tani A, Yoshihara H, Nishijima M, *Elective Induction of Labor at 39 Weeks of Gestation: A Prospective Randomized Trial*. J. Obstet. Gynecol. Res., 1999. Vol. 25( No. 1 ): p. 33-37.
21. JC, G., *Term labor induction compared with expectant management*. Obstet Gynecol, 2010. **115**(1): p. 70-6.
22. Gibson KS, W.T., Bailit JL, *Maternal and neonatal outcomes in electively induced low-risk term pregnancies*. Am J Obstet Gynecol, 2014.
23. Shetty A, B.R., Rice P, Templeton A, *Women's perceptions, expectations and satisfaction with induced labour—A questionnaire-based study*. European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology, 2005. **123**(1): p. 56-61.
24. Spaich S, W.G., Berlit S, Temerinac D, Tuschy B, Sutterlin M and S. Kehl, *Mode of delivery and its influence on women's satisfaction with childbirth*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2013. **170**(2): p. 401-6.

25. Caughey AB, S.V., Kaimal AJ, Cheng YW, Gienger A, Little SE, et al., *Maternal and neonatal outcomes of elective induction of labor*. Evid Rep Technol Assess (Full Rep), 2009(176): p. 1-257.
26. Gulmezoglu AM, C.C., Middleton P, Heatley E, *Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term*. Cochrane Database Syst Rev, 2012. 6: p. CD004945.
27. Wood S, C.S., Ross S, *Does induction of labour increase the risk of caesarean section? A systematic review and meta-analysis of trials in women with intact membranes*. BJOG, 2014. 121(6): p. 674-85; discussion 685.
28. Mishanina E, R.E., Thatthi T, Uddin-Khan R, Khan KS, Meads C, *Use of labour induction and risk of cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis*. CMAJ, 2014. 186(9): p. 665-73.
29. Darney BG, S.J., Cheng YW, Jacob L, Nicholson JM, Kaimal A, et al., *Elective induction of labor at term compared with expectant management: maternal and neonatal outcomes*. Obstet Gynecol, 2013. 122(4): p. 761-9.
30. *utsouthwestern.edu [homepage na internet].The University of Texas Southwestern Medical Center [consultado 2014Jul2] disponível em: <http://www.utsouthwestern.edu/research/fact/detail.html?studyid=STU%20092013-050>*.
31. Nielsen PE, Howard BC, Hill CC, Larson PL, Holland RH, Smith PN. *Comparison of elective induction of labor with favorable Bishop scores versus expectant management: a randomized clinical trial*. J Matern Fetal Neonatal Med, 2005. 18(1): p. 59-64.
32. Bailit JL, Grobman W, Zhao Y, Wapner RJ, Reddy UM, Varner MW, et al. *Nonmedically indicated induction vs expectant treatment in term nulliparous women*. Am J Obstet Gynecol, 2014(0).
33. Rasmussen OB, Rasmussen S. *Cesarean section after induction of labor compared with expectant management: no added risk from gestational week 39*. Acta Obstet Gynecol Scand, 2011. 90(8): p. 857-62.

34. Stock SJ, Ferguson E, Duffy A, Ford I, Chalmers J, Norman JE, *Outcomes of induction of labour in women with previous caesarean delivery: a retrospective cohort study using a population database*. PLoS One, 2013. 8(4): p. e60404.

FIGURA E TABELAS INCLUÍDAS NO MANUSCRITO ENVIADO PARA A REVISTA



**Figura 1.** Comparação da taxa de cesarianas entre a indução eletiva e a atitude expectante às 39 semanas de gestação, em estudos observacionais com metodologia e resultados apresentados de forma semelhante.

**Nota:** OR não ajustados. Foi usado o programa *Comprehensive Meta-Analysis*®.

TABELA I - CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS QUE INCLUEM EXCLUSIVAMENTE INDUÇÕES ELETIVAS

Título, Autor e referência	Ano e País	Tipo de estudo	Objetivo	Métodos	Amostra
<i>Elective Induction of Labor at 39 Weeks of Gestation: a Prospective Randomized Trial; Amano, K., et al.</i> <sup>20</sup>	1999, Japão	Randomizado prospectivo	Avaliar a segurança da IE às 39 semanas de gestação.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Randomização às 36 semanas de gestação;</li> <li>- Uso de laminária e/ou PGE<sub>2</sub> oral; amniotomia e infusão de ocitocina ou PGF<sub>α2</sub> sob monitorização por CTG;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Total: 194 grávidas</li> <li>- Grupo da IE: 98 (no final apenas 63 porque as restantes tiveram parto espontâneo antes das 39 semanas).</li> <li>- Incluiu apenas nulíparas;</li> <li>- Idade gestacional do grupo da IE entre 39 e 40 semanas e no grupo da AE até às 42 semanas.</li> </ul>
<i>Comparison of elective induction of labor with favorable Bishop scores versus expectant management: A randomized clinical trial; Nielsen, PE., et al.</i> <sup>31</sup>	2005, EUA	Randomizado prospectivo	Determinar se a IE aumenta o risco de parto por cesariana em comparação com a AE em grávidas com Índice de Bishop favorável.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Randomização às 36 semanas;</li> <li>- Critérios de inclusão: Índice de Bishop superior a 5 nas nulíparas e superior a 4 nas múltiparas (medido aquando da randomização e na admissão).</li> <li>- Métodos de indução: ocitocina ou amniotomia ou ambos.</li> <li>- Poder de 80% para detetar um aumento de cerca de 3 vezes na taxa de cesarianas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Total: 226 grávidas</li> <li>- Grupo da IE: 116 randomizadas (no final apenas 93 porque as restantes tiveram parto espontâneo antes das 39 semanas).</li> <li>- Incluiu nulíparas e múltiparas;</li> <li>- Idade gestacional do grupo da IE entre 39 e 40 semanas e no grupo da AE até às 41.</li> </ul>
<i>Elective induction compared with expectant management in nulliparous women with a favorable cervix; Osmundson, S., et al.</i> <sup>16</sup>	2010, EUA	Coorte retrospectivo	Comparar os <i>outcomes</i> do parto entre nulíparas com colo favorável submetidas a IE com as que foram submetidas a AE a partir das 39 semanas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Critério de inclusão: Índice de Bishop às 38 semanas igual ou superior a 5.</li> <li>- Dados recolhidos entre 2006 e 2008.</li> <li>- Cálculo prévio do tamanho amostral (n=588).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Total: 588 grávidas</li> <li>- Grupo da IE: 294 (127 às 39 semanas)</li> <li>- Incluiu apenas nulíparas;</li> <li>- Idade gestacional no grupo da IE entre 39 e 40 semanas e no grupo da AE até às 41.</li> </ul>
<i>Elective induction compared with expectant management in</i>	2011, EUA	Coorte retrospectivo	Comparar os <i>outcomes</i> do parto entre nulíparas com colo pouco amadurecido	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Critério de inclusão: Índice de Bishop às 38 semanas inferior a 5.</li> <li>- Dados recolhidos entre 2006 e 2008.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Total: 204 grávidas</li> <li>- Grupo da IE: 102 (40 às 39 semanas)</li> <li>- Incluiu apenas nulíparas;</li> </ul>



<i>nulliparous women with an unfavorable cervix;</i> Osmundson, S., et al. <sup>15</sup>			submetidas a IE com as que foram submetidas a AE a partir das 39 semanas.	- Cálculo prévio do tamanho amostral (n=182).	- Idade gestacional no grupo da IE entre 39 e 40 semanas e no grupo da AE até às 41.
<i>Outcomes of elective induction of labour compared with expectant management: population based study;</i> Stock, S., et al. <sup>13</sup>	2012, Reino Unido	Coorte retrospectivo	Determinar os <i>outcomes</i> neonatais e maternos da IE comparativamente à AE.	- Dados recolhidos entre 1981 e 2007. - A classificação de uma indução como eletiva foi baseada na ausência de documentação de uma indicação médica para a mesma. - Análise secundária, usando como grupo de comparação os casos de AE com parto a partir da mesma semana da indução.	- Total: 1271549 grávidas - Grupo da IE: 176 136 - Incluiu nulíparas e múltíparas; - Idade gestacional no grupo da IE entre 37 e 41 semanas e no grupo da AE até às 42.
<i>Elective Induction of Labor at Term Compared With Expectant Management - Maternal and Neonatal Outcomes;</i> Darney, BG., et al. <sup>29</sup>	2013, EUA	Coorte retrospectivo	Comparação da IE de parto com a AE em termos de <i>outcomes</i> maternos e neonatais.	- Dados de 2006, recolhidos na base de dados de saúde da Califórnia. - Análise secundária, usando como grupo de comparação os casos de AE com parto a partir da mesma semana da indução.	- Total: 362154 grávidas - Grupo da IE: 17.157 (6089 às 39 semanas) - Incluiu nulíparas e múltíparas; - Idade gestacional do grupo da IE entre 37 e 40 semanas e no grupo da AE até às 42.
<i>Maternal and neonatal outcomes in electively induced low-risk term pregnancies;</i> Gibson, KS., et al. <sup>22</sup>	2014, EUA	Transversal retrospectivo	Avaliar o tipo de parto e os <i>outcomes</i> maternos e neonatais em gestações de termo com IE Vs AE.	- Estudo feito em 19 hospitais, de 2002 a 2008; - Análise secundária usando como grupo de comparação os casos de AE com parto a partir da mesma semana da indução.	- Total: 131243 grávidas - Grupo da IE: 13.242 (7548 às 39 semanas) - Incluiu nulíparas e múltíparas; - Idade gestacional do grupo da IE entre 37 e 40 semanas e no grupo da AE até às 42.
<i>Non-medically indicated induction Vs expectant management in term nulliparas;</i> Bailit, JL., et al. <sup>32</sup>	2014, EUA	Coorte retrospectivo	Comparar <i>outcomes</i> maternos e neonatais em nulíparas submetidas a IE Vs AE.	- Todos os partos de dias aleatoriamente selecionados em 25 hospitais dos EUA, de 2008 a 2011.	- Total: 31169 grávidas - Grupo da IE: 2.701 (815 às 39 semanas) - Incluiu apenas nulíparas; - Idade gestacional no grupo da IE entre 38 e 40 semanas e no grupo da AE até às 41.

**Legenda:** AE - atitude expectante; CTG - cardiotocografia; IE - indução eletiva; PGE<sub>2</sub> - prostaglandina E<sub>2</sub> ; PGF<sub>2α</sub> - prostaglandina F<sub>2α</sub>

TABELA II - *OUTCOMES*, PRINCIPAIS RESULTADOS E CONCLUSÕES DOS ARTIGOS SELECIONADOS

Autores e referência	Outcomes	Principais Resultados	Conclusões
Amano, K., et al. 1999 <sup>20</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipo e duração do parto e uso de analgesia;</li> <li>- <i>Outcomes</i> perinatais (presença de mecônio no líquido amniótico, admissão na UCI, Apgar 1 &lt;7, pH arterial umbilical &lt;7,20)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maior uso de analgesia epidural (88,9% Vs 54,2%) e de parto distócico por ventosa (53,4% Vs 33,3%) no grupo da indução.</li> <li>- Maior incidência de mecônio no líquido amniótico (19,4% Vs 3,2%) e necessidade de ressuscitação fetal (16,7% Vs 4,8%) no grupo da AE.</li> <li>- Sem diferenças significativas na taxa de cesarianas (6,4% na IE Vs 5,6%) e nos restantes <i>outcomes</i>.</li> </ul>	<p>IE aparenta ser tão segura como a AE com monitorização do perfil biofísico.</p>
Nielsen, PE., et al. 2005 <sup>31</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Outcome</i> primário: tipo de parto;</li> <li>- <i>Outcomes</i> maternos: analgesia, duração do trabalho de parto, quantificação da hemorragia pós-parto, taxa de corioamnionite, nº de dias de internamento no pós-parto.</li> <li>- <i>Outcomes</i> neonatais: peso ao nascimento, Apgar 5º &lt;7, admissão na UCI.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sem diferenças significativas na taxa de cesarianas (13.3% na IE Vs 10.3% com p=NS). 80% das cesarianas foram motivadas por distocia e 70% foram feitas em nulíparas.</li> <li>- Os recém-nascidos do grupo da indução apresentavam menor peso à nascença (3459±347 Vs 3604±438, p= 0.006).</li> </ul>	<p>Em grávidas com um Índice de Bishop favorável, a IE não resultou num maior número de cesarianas em comparação com a AE.</p>
Osmundson, S., et al. 2010 <sup>16</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Outcome</i> primário: parto por cesariana</li> <li>- <i>Outcomes</i> maternos: tipo de parto, infecção peri parto, lacerações de 3º/4º grau, hemorragia pós-parto.</li> <li>- <i>Outcomes</i> neonatais: peso ao nascimento, Apgar 5º &lt; 7, admissão na UCI, pH da artéria umbilical &lt; 7.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As grávidas submetidas a IE tinham IMC e Índice de Bishop ligeiramente superiores.</li> <li>- No grupo da indução o trabalho de parto foi mais prolongado (47,6% Vs 30,3% com TP &gt;12h) e foi necessário um maior uso de ocitocina (99,3% Vs 30,6% com p&lt;0,001).</li> <li>- Sem diferenças na taxa de cesarianas (20,8% na IE Vs 20,1% com p=0,84) e nas outras complicações maternas e neonatais.</li> </ul>	<p>Apesar de não terem sido encontradas diferenças significativas, não é recomendado que o limiar da idade gestacional para IE seja diminuído, uma vez que não há evidências que demonstrem benefícios médicos e que esta prática acarreta um maior gasto de recursos.</p>

Osmundson, S., et al. 2011 <sup>15</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Outcome</i> primário: parto por cesariana</li> <li>- <i>Outcomes</i> maternos: tipo de parto, infecção periparto, lacerações de 3º/4º grau, hemorragia pós-parto.</li> <li>- <i>Outcomes</i> neonatais: peso ao nascimento, apgar 5º &lt; 7, admissão na UCI, pH da artéria umbilical &lt; 7.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No grupo da indução o trabalho de parto e o parto em si foram mais prolongados (16,5 h Vs 12,7 h com p&lt;0,001) e foi necessário um maior uso de ocitocina (100% Vs 92% com p&lt;0,001).</li> <li>- Sem diferenças na taxa de cesarianas (43,1% na IE Vs 34,3% na AE com p=0,16) e nas outras complicações maternas e neonatais.</li> </ul>	Em nulíparas com colo não amadurecido, a IE do trabalho de parto aumenta a utilização de recursos e duração do parto mas não está associada a diferenças significativas em outros <i>outcomes</i> clínicos.
Stock, S., et al. 2012 <sup>13</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Outcomes</i> neonatais (mortalidade perinatal e admissão na UCI)</li> <li>- <i>Outcomes</i> maternos (hemorragia pós-parto e lesão do esfíncter anal)</li> <li>- <i>Outcomes</i> do parto (tipo e complicações).</li> </ul>	<p>No grupo da IE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menor mortalidade perinatal (às 39 semanas 0,06% Vs 0,19% com OR=0,0,26 e p&lt;0,001).</li> <li>- Às 38 e 39 semanas houve um menor risco de complicações maternas (hemorragia pós-parto e lesão do esfíncter anal).</li> <li>- Maior número de admissões na UCI neonatal (às 39 semanas 9,3% Vs 7,3% com OR=1,17 e p&lt;0,001).</li> <li>- Sem diferenças significativas quanto à taxa de cesarianas.</li> </ul>	A IE em gestações de termo pode reduzir a mortalidade perinatal e as complicações maternas sem aumentar o risco de parto distócico.
Darney, BG., et al. 2013 <sup>29</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Outcomes</i> neonatais (hiperbilirrubinemia, stress respiratório, admissão na UCI, macrossomia, morte perinatal)</li> <li>- <i>Outcomes</i> maternos (lacerações perineais de 3º/4º grau, tipo e complicações do parto).</li> </ul>	<p>No grupo da IE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menor taxa de cesarianas em todas as idades gestacionais, independentemente da paridade (às 39 semanas 9,3% Vs 17,3% com OR=0,46 e p&lt;0,001).</li> <li>- Maior risco de distocia de ombros às 39 semanas.</li> </ul>	A IE foi associada a uma menor probabilidade de cesariana, tanto para nulíparas como para multíparas (nestas últimas, relação mais forte às 38 e 39 semanas).
Gibson, KS., et al. 2014 <sup>22</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Outcome</i> primário: tipo de parto;</li> <li>- <i>Outcomes</i> neonatais (outcome composto de co morbilidades major e de morbilidade respiratória e morte perinatal);</li> <li>- <i>Outcomes</i> maternos (hemorragia, infecções, admissão na UCI, morte, lacerações, distocia de ombros).</li> </ul>	<p>No grupo da IE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menor taxa de cesarianas (às 39 semanas 8,2% Vs 18,4% com OR=0,497 em nulíparas com colo amadurecido);</li> <li>- Menos infecções maternas;</li> <li>- Menor morbilidade respiratória neonatal a partir das 38 semanas.</li> </ul>	Independentemente do amadurecimento do colo e da paridade, a IE foi associada a uma menor taxa de cesarianas e complicações maternas e neonatais.

Bailit, JL., et al.2014 <sup>32</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Outcomes</i> neonatais (hiperbilirrubinemia, admissão na UCI, <i>outcome</i> composto de efeitos respiratórios adversos e <i>outcome</i> composto de efeitos neonatais adversos);</li> <li>- <i>Outcomes</i> maternos (hemorragia pós-parto, lacerações perineais de 3º/4º grau, infecção periparto)</li> <li>- <i>Outcomes</i> do parto (tipo e duração do parto)</li> </ul>	<p>No grupo da IE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- As complicações neonatais foram tão ou menos frequentes, com diminuição da admissão na UCI neonatal às 39 semanas (5% Vs 7,8% com OR=0,66);</li> <li>- As complicações maternas foram tão ou menos frequentes, com menos infecções periparto às 38 e 39 semanas e menos lacerações às 39 semanas;</li> <li>- A taxa de cesarianas foi maior às 38 e 40 semanas, não tendo sido significativamente maior às 39 (25,8% Vs 23,8% com OR=1,13).</li> </ul>	Às 39 semanas a IE está associada a uma menor morbidade materna e neonatal que a AE.
---------------------------------------	---	--	--

**Legenda:** AE - atitude expectante; IE - indução eletiva; IMC - Índice de Massa Corporal; OR - *odds ratio*; TP - trabalho de parto; UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

**Legenda:** AE - atitude expectante; IE - indução eletiva; Colo A - colo amadurecido; Colo NA - colo não amadurecido; OR - *odds ratio*; NS - não significativo; Apresentam-se a negrito os resultados estatisticamente significativos. **Nota:** sempre que disponível apresenta-se o *odds ratio* ajustado e dados de nulíparas no caso dos estudos que fizeram estratificação de acordo com a paridade.

TABELA IV - *OUTCOMES* NEONATAIS ÀS 39 SEMANAS DE GESTAÇÃO APÓS INDUÇÃO ELETIVA VS ATITUDE EXPECTANTE

Autores e referência	Mortalidade perinatal (%)			Admissão na UCI neonatal (%)		
	IE	AE	p/OR	IE	AE	p/OR
Amano, K., et al. 1999 <sup>20</sup>	-	-	-	0,0	2,8	p = NS
Stock, S., et al. 2012 <sup>13</sup>	0,06	0,19	<b>OR=0,26</b> [0,11 - 0,62]	9,3	7,3	<b>OR=1,17</b> [1,07 - 1,26]
Darney, BG., et al. 2013 <sup>29</sup>	0,0	0,2	<b>p&lt;0,05</b>	4,2	6,3	<b>OR = 0,68</b> [0,55 - 0,86]
Gibson, KS., et al. 2014 <sup>22</sup>	0,1	0,4	OR=0,35 [0,09 - 1,42]	-	-	-
Bailit, JL., et al. 2014 <sup>32</sup>	-	-	-	5,0	7,8	<b>OR = 0,66</b> [0,47 - 0,93]

**Legenda:** IE - indução eletiva; AE - atitude expectante; OR - *odds ratio*; NS - não significativo; UCI - unidade de cuidados intensivos **Nota:** sempre que disponível apresenta-se o *odds ratio* (OR) ajustado e dados de nulíparas no caso dos estudos que fizeram estratificação de acordo com a paridade; Apresentam-se a negrito os resultados estatisticamente significativos.

TABELA V - CARACTERÍSTICAS, PRINCIPAIS RESULTADOS E CONCLUSÕES DOS ESTUDOS QUE INCLUEM INDUÇÕES COM E SEM INDICAÇÃO MÉDICA

Título, autor e referência	Ano e País	Amostra	Principais resultados	Conclusão
<i>Induction of labor and cesarean delivery by gestational age</i> ; Caughey, A.B., et al. <sup>14</sup>	2006, EUA	Total: 19377 Nº de induções: 2932 (619 às 39 semanas)	- No grupo da indução às 39 semanas, a taxa de cesarianas foi de 14,3% Vs 15,0% com p=0,62 usando como grupo de comparação a AE (relação oposta quando comparada com o parto espontâneo). Nas nulíparas, ao contrário das múltiparas, a taxa de cesarianas foi menor no grupo da indução.	A indução do trabalho de parto pode não aumentar o risco de cesariana em comparação à AE.
<i>Term Labor Induction Compared With Expectant Management</i> ; Glantz, JC. <sup>21</sup>	2010, EUA	Total: 38147 Nº de induções: 11385	- Maior taxa de cesarianas no grupo da indução face a todos os grupos de comparação, exceto nas grávidas com idade gestacional superior a 39 semanas ao usar como	A indução do trabalho de parto está associada a uma maior taxa de cesarianas usando quer o grupo de comparação do parto espontâneo quer

<p><i>Cesarean section after induction of labor compared with expectant management: no added risk from gestational week 39; Rasmussen, OB.; Rasmussen, S.<sup>33</sup></i></p>	2010, Dinamarca	<p>Total: 230528 Nº de induções: 34499 (5763 às 39 semanas)</p>	<p>grupo de comparação a AE com parto numa idade gestacional igual ou superior.</p> <p>- A partir das 39 semanas não houve diferenças significativas na taxa de cesarianas entre os dois grupos, independentemente da paridade, embora tenha sido superior no grupo da indução. Às 39 semanas o OR nas nulíparas foi de 1.04 [0.94–1.15].</p>	<p>o grupo da AE com idade gestacional superior à da indução (embora a magnitude do aumento de risco seja muito baixa).</p> <p>Apesar da ausência de diferenças significativas na taxa de cesarianas, a IE às 39 semanas deve ser encarada com precaução, dada a falta de respostas a questões metodológicas, já estabelecidas para gestações pós-termo e gestações complicadas.</p>
<p><i>Induction of labor compared to expectant management in low-risk women and associated perinatal outcomes; Cheng, YW., et al.<sup>1</sup></i></p>	2012, EUA	<p>Total: 442003</p>	<p>No grupo da indução às 39 semanas verificou-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menor risco de cesariana (26,2% Vs 28,4% com OR=0,9 IC95 [0.88 – 0.91]) e distocia de ombros durante o parto e uma menor prevalência de corioamnionite;</li> <li>- Menor prevalência de Apgar aos 5 minutos &lt;7, de síndrome de aspiração de mecônio e de admissão na UCI neonatal.</li> </ul>	<p>A indução do trabalho de parto na gravidez de baixo risco não está associada a maior risco de cesariana em relação à AE.</p>
<p><i>Gestational age specific severe maternal morbidity associated with labor induction; Liu, S., et al.<sup>4</sup></i></p>	2013, Canadá	<p>Total: 1601253 Nº de induções: 240491 (65681 às 39 semanas)</p>	<p>A hemorragia pós-parto com necessidade de transfusão às 38, 39 e 40 semanas, a sépsis pós-parto às 38 e 39 semanas e o tromboembolismo venoso às 37 e 38 semanas foram significativamente mais frequentes nas grávidas submetidas a indução de parto.</p>	<p>Nas gestações termo precoces não complicadas, a indução de parto está associada a taxas mais elevadas de morbidade materna (sobretudo às 38 e 39 semanas de gestação).</p>
<p><i>Outcomes of induction of labour in women with previous caesarean delivery: a retrospective cohort study using a population database; Stock, SJ., et al.<sup>34</sup></i></p>	2013, Reino Unido	<p>Total: 46176 Nº de induções: 7401</p>	<p>No grupo da indução com cesariana prévia verificou-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menor probabilidade de parto distócico por cesariana (às 39 semanas OR=0.81 [IC95% 0.71–0.91]).</li> <li>- Ausência de diferenças em termos de mortalidade perinatal, mas uma maior taxa de admissão na UCI neonatal (às 39 semanas OR=1,29 [IC95% 1.08–1.55]).</li> </ul> <p>A cesariana eletiva iterativa a partir das 39 semanas, pelo contrário, foi associada a uma menor mortalidade perinatal e a uma taxa de admissão na UCI igual ou inferior.</p>	<p>Uma política mais liberal de indução do parto em múltiparas com antecedentes de cesariana pode reduzir as cesarianas iterativas mas acarreta um maior risco de complicações neonatais.</p>

**Legenda:** IE - indução eletiva; AE - atitude expectante; OR - odds ratio; UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

## ANEXO

### **Normas Editoriais da Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa**

#### REGRAS GERAIS

1. Os artigos deverão ser submetidos exclusivamente à Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa, não podendo estar a ser simultaneamente considerados para publicação noutra revista. Serão considerados para publicação artigos que foram previamente rejeitados noutras revistas e os autores são livres de submeter os artigos não aceites por esta revista a outras publicações.
2. Todos os artigos são submetidos à revista por iniciativa dos seus autores, exceto os artigos de revisão que poderão também ser elaborados a convite dos Editores.
3. Os dados constantes do artigo não podem ter sido previamente publicados, total ou parcialmente, noutras revistas. Deste âmbito, exclui-se a publicação sob forma de resumo em actas de reuniões científicas.
4. Os autores poderão no prazo de 3 meses re-submeter uma única vez os artigos rejeitados pela revista, os quais serão encarados como novas submissões.
5. Os requisitos para autoria de artigos nesta revista estão em consonância com os Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, disponível em [www.icmje.org/icmje.pdf](http://www.icmje.org/icmje.pdf).
6. Os autores são responsáveis pela verificação cuidadosa dos textos na primeira submissão, bem como nas eventuais versões modificadas e nas provas finais do artigo.

#### SUBMISSÃO ONLINE DE ARTIGOS

1. Os artigos são submetidos exclusivamente na página de submissões da revista em [www.editorialmanager.com/aogp](http://www.editorialmanager.com/aogp).
2. A revista aceita cinco tipos diferentes de artigos:
  - ESTUDO ORIGINAL
  - ARTIGO DE REVISÃO
  - CASO CLÍNICO
  - ARTIGO DE OPINIÃO
  - CARTA AO EDITOR
3. Todos os artigos necessitam de um título em Inglês que não pode exceder 150 caracteres incluindo espaços.
4. A lista de autores deve incluir o primeiro e último(s) nome(s) de cada um, juntamente com as funções académicas e hospitalares atuais. Para os artigos de revisão, artigos de opinião e casos clínicos não se aceitam mais do que 5 autores. Para os estudos originais são aceites até 8 autores, podendo este número ser excedido em estudos corporativos que envolvam mais de dois centros. Um dos autores é designado “responsável pela correspondência” e os seus contactos devem ser fornecidos na página de submissões da revista.



5. Os estudos originais, artigos de revisão, artigos de opinião e casos clínicos necessitam de incluir um resumo em inglês que não pode exceder 300 palavras. Este texto não pode incluir qualquer referência aos autores ou à instituição onde o estudo foi realizado. A estrutura é diferente de acordo com o tipo de artigo:

- ESTUDO ORIGINAL – parágrafos com os títulos Overview and Aims, Study Design, Population, Methods, Results, and Conclusions.

- OUTROS – estrutura livre.

6. Os estudos originais, artigos de revisão, artigos de opinião e casos clínicos necessitam de incluir 1 a 5 palavras-chave, segundo a terminologia MeSH ([www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html](http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html)).

7. Todos os artigos necessitam de um título em Português que não pode exceder 150 caracteres incluindo espaços.

8. É necessário indicar o nome e localização da(s) instituição(ões) onde a investigação teve lugar.

9. É da responsabilidade dos autores informar os Editores de possíveis conflitos de interesse relacionados com a publicação, bem como de publicações anteriores dos dados.

#### PREPARAÇÃO DO TEXTO, TABELAS E FIGURAS

1. Os ficheiros submetidos com o texto principal do artigo, tabelas e figuras não devem ter qualquer referência aos autores ou à(s) instituição(ões) onde a investigação foi realizada.

2. Todos os textos submetidos devem ter duplo espaço entre linhas, usando a fonte Times New Roman de 11 pontos.

3. O texto principal do artigo tem estrutura e dimensão máxima (excluindo referências) de acordo com o tipo de artigo:

- ESTUDO ORIGINAL – secções divididas com os títulos: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão; dimensão máxima 3000 palavras.

- ARTIGO DE REVISÃO – estrutura livre; dimensão máxima 5000 palavras.

- ARTIGO DE OPINIÃO – estrutura livre; dimensão máxima 1500 palavras.

- CASO CLÍNICO – secções divididas com os títulos Introdução, Caso Clínico e Discussão; dimensão máxima 1500 palavras.

4. As investigações que envolvem seres humanos ou animais devem incluir no texto uma declaração relativa à existência de aprovação prévia por uma Comissão de Ética apropriada. Com seres humanos é ainda necessário incluir uma declaração relativa à solicitação de consentimento informado dos participantes.

5. As abreviaturas devem ser empregues com moderação e definidas por extenso aquando da primeira utilização, tanto no resumo como no texto principal do artigo.

6. Devem ser sempre utilizados os nomes genéricos dos medicamentos, exceto quando o nome comercial é particularmente relevante. Neste caso, devem ser acompanhados do símbolo ®.

7. Os equipamentos técnicos, produtos químicos ou farmacêuticos citados no texto devem ser seguidos entre parênteses do nome do fabricante, cidade e país onde são comercializados.

8. No final do texto principal os autores podem incluir os agradecimentos que queiram ver expressos no artigo.

9. As referências deverão ser numeradas consecutivamente na ordem em que são mencionadas no texto, tabelas ou legendas de figuras, usando números arábicos em sobrescrito; exemplo 1,2,3. Os artigos aceites para publicação mas ainda não publicados podem ser incluídos na lista de referências no formato habitual, usando o nome da revista seguido da expressão in press. As comunicações pessoais, abstracts em livros de resumos de congressos, páginas web e artigos ainda não aceites não podem ser incluídos na lista de referências.

- ESTUDO ORIGINAL – máximo de 50 referências.
- ARTIGO DE REVISÃO – máximo de 125 referências.
- ARTIGO DE OPINIÃO – máximo de 20 referências.
- CASO CLÍNICO – máximo de 20 referências.

10. A lista das referências deve seguir as normas do Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals [www.icmje.org/icmje.pdf](http://www.icmje.org/icmje.pdf). Os títulos das revistas são abreviados de acordo com a lista da National Library of Medicine, disponível em [ftp://nmlpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljiweb.pdf](http://nmlpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljiweb.pdf).

Exemplo de artigos publicados em revistas: Grant JM. The whole duty of obstetricians. BJOG 1997;104:387-92.

Exemplo de Capítulos de livros: Goldenberg RL, Nelson KG. Cerebral Palsy. In: Maternal-Fetal Medicine (4th Edition). Creasy RK, Resnik R (eds). WB Saunders;1999:1194-214.

11. Os quadros são submetidos em formato digital, separadamente do texto principal. Devem ser numerados sequencialmente em numeração romana (I, II, III, IV etc.) e não apresentar linhas verticais internas; as únicas linhas horizontais a incluir são na margem superior e inferior do quadro e após os títulos das colunas. Os dados contidos nos quadros e nas legendas devem ser concisos e não devem duplicar a informação do texto. As legendas dos quadros devem ser submetidas nos mesmos ficheiros dos quadros.

12. As figuras devem ser numeradas sequencialmente na ordem que aparecem no texto, usando numeração arábica (1, 2, 3, etc.) e submetidas em formato digital, em ficheiros separados do texto principal e dos quadros. Podem ser submetidas figuras a preto e branco ou a cores. As legendas das figuras devem ser submetidas dentro do texto principal, numa página separada, após as referências.

13. Após aceitação de um artigo, mas antes da sua publicação, os autores deverão enviar por email à revista o Formulário de Garantia dos Autores, disponível em [www.aogp.com.pt/authors\\_form.pdf](http://www.aogp.com.pt/authors_form.pdf), assinado por todos.

## **CARTAS AO EDITOR**

1. As cartas ao Editor referem-se em princípio a artigos publicados nos últimos dois números da revista, mas poderão ocasionalmente também ser publicadas cartas sobre outros temas de especial interesse. Se for considerado relevante o Editor Chefe solicitará uma resposta dos autores do artigo original.

2. As cartas ao Editor e as respostas dos autores não devem exceder 750 palavras nem 5 referências

## APÊNDICES

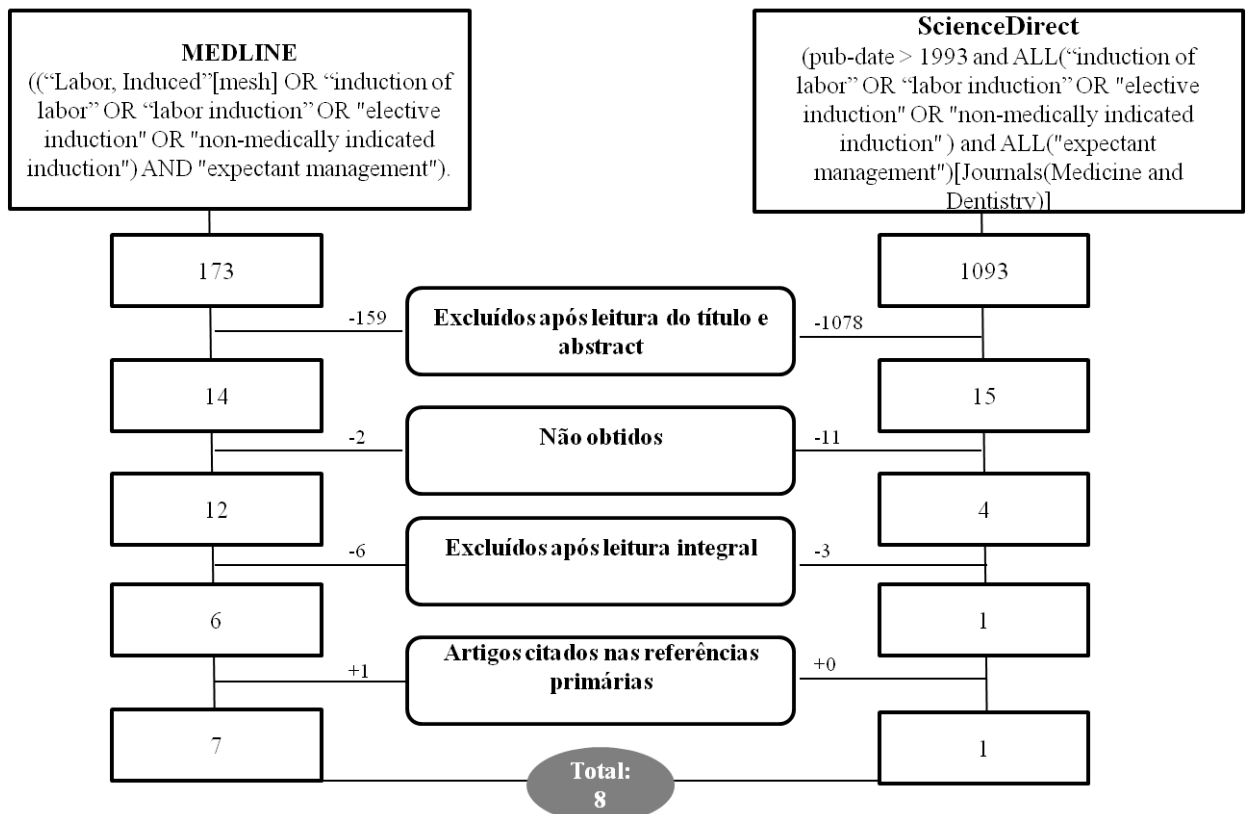
FIGURAS E TABELAS NÃO INCLUÍDAS NO MANUSCRITO ENVIADO PARA A REVISTA:

**FIGURA 2** - Esquema dos resultados da pesquisa.

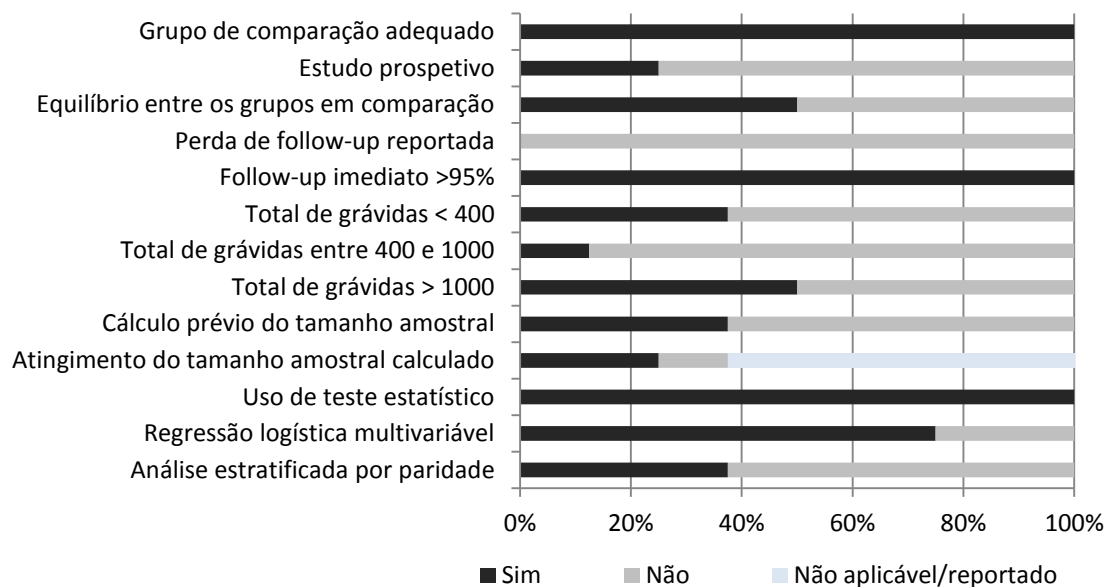
**FIGURA 3** - Critérios de qualidade dos estudos.

**TABELA VI** - *Outcomes* maternos após indução eletiva Vs atitude expectante em estudos que não apresentam dados estratificados por idade gestacional.

**TABELA VII** - Pontos fortes e fracos dos artigos selecionados.



**Figura 2.** Esquema dos resultados da pesquisa efetuada.



**Figura 3.** Cumprimento dos critérios de qualidade (em percentagem) dos estudos incluídos.  
**Nota:** baseado na figura de Caughey, AB. et al.<sup>5</sup>

TABELA VI - *OUTCOMES* MATERNOS APÓS INDUÇÃO ELETIVA VS ATITUDE EXPECTANTE EM ESTUDOS QUE NÃO APRESENTAM DADOS ESTRATIFICADOS POR IDADE GESTACIONAL

Autores/ref	Infecções periparto (%)			Hemorragia pós-parto			Lacerações perineais de 3º e 4º graus (%)		
	IE	AE	p/OR	IE	AE	p/OR	IE	AE	p/OR
Nielsen, PE., et al. 2005 <sup>22</sup>	6,0	5,5	p = NS	Média 303±182 ml	Média 312±192 ml	p = NS	-	-	-
Osmundson, S., et al. 2010 <sup>16</sup>	10,9	9,5	p = 0,59	4,1%	3,4%	p = 0,66	9,5	12,6	p = 0,24
Osmundson, S., et al. 2011 <sup>15</sup>	6,9	19,6	p = 0,46	8,0%	9,0%	p = 0,68	6,9	11,9	p = 0,34

**Legenda:** IE - indução eletiva; AE - atitude expectante; NS - não significativo. **Nota:** sempre que disponível apresenta-se o *odds ratio* (OR) ajustado; dados de nulíparas no caso dos estudos que fizeram estratificação de acordo com a paridade.

TABELA VII- PONTOS FORTES E FRACOS DOS ARTIGOS SELECIONADOS

Autor/Referência	Pontos fortes	Pontos fracos
Amano, K., et al. 1999 <sup>20</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1º estudo randomizado prospectivo a comparar a IE com a AE às 39 semanas de gestação;</li> <li>Classificação correta do tipo de indução.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tamanho amostral pequeno (baixo poder estatístico); cerca de 35% das grávidas alocadas ao grupo da IE entraram em trabalho de parto espontaneamente antes das 39 semanas;</li> <li>Não teve em consideração o Índice de Bishop;</li> <li>A análise não foi feita de acordo com a intenção de tratar.</li> </ul>
Nielsen, PE., et al. 2005 <sup>22</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1º estudo randomizado sobre IE das 39 às 40 semanas a documentar o Índice de Bishop.</li> <li>Classificação correta do tipo de indução;</li> <li>Cálculo prévio do tamanho amostral adequado;</li> <li>Teve em consideração o Índice de Bishop;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tamanho amostral pequeno (não foi atingido o tamanho calculado por não ser possível continuar o estudo por mais 4 anos);</li> <li>Há o risco do grupo da indução ser uma subpopulação uma vez que só as grávidas que se dispõem a tal procedimento são randomizadas.</li> </ul>

Osmundson, S., et al. 2010 <sup>16</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teve em consideração o Índice de Bishop;</li> <li>• Cálculo prévio do tamanho amostral adequado;</li> <li>• Tentou evitar-se o viés de seleção excluindo as grávidas seguidas por médicos que não tivessem pacientes no grupo da indução eletiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não especifica os resultados para as 39 semanas;</li> <li>• Sem poder estatístico para detetar diferenças nos <i>outcomes</i> maternos e neonatais;</li> <li>• Heterogeneidade da prática clínica.</li> </ul>
Osmundson, S., et al. 2011 <sup>15</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teve em consideração o Índice de Bishop;</li> <li>• Cálculo prévio do tamanho amostral adequado;</li> <li>• Tentou evitar-se o viés de seleção excluindo as grávidas seguidas por médicos que não tivessem pacientes no grupo da indução eletiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não especifica os resultados para as 39 semanas;</li> <li>• Sem poder estatístico para detetar diferenças nos <i>outcomes</i> maternos e neonatais;</li> <li>• Heterogeneidade da prática clínica.</li> </ul>
Stock, S., et al. 2012 <sup>13</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• População alargada;</li> <li>• Uso de grupo de comparação considerado adequado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possível erro na codificação de indução eletiva das base de dado usada;</li> <li>• Por falta de dados não foi possível controlar para todos os fatores de confundimento (ex: IMC);</li> <li>• Heterogeneidade da prática clínica.</li> </ul>
Darney, BG., et al. 2013 <sup>23</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de grupo de comparação considerado adequado;</li> <li>• Apresenta os resultados por idade gestacional, paridade e tipo de parto prévio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possível erro na codificação dos dados;</li> <li>• Possivelmente nem todos os fatores de confundimento foram tidos em conta;</li> <li>• Sem dados relativos ao Índice de Bishop.</li> </ul>
Gibson, KS., et al. 2014 <sup>24</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de grupo de comparação considerado adequado;</li> <li>• Apresenta os resultados por idade gestacional, paridade e estado de amadurecimento do colo uterino.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sendo um estudo transversal não é adequado para responder a questão longitudinal;</li> <li>• Possível viés de "healthy user" (possivelmente só foi oferecida indução eletiva às grávidas em que se esperava que esta fosse melhor sucedida).</li> </ul>
Bailit, JL., et al. 2014 <sup>25</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de grupo de comparação considerado adequado;</li> <li>• Uso de dados de alta qualidade;</li> <li>• Apresenta os resultados por idade gestacional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sem informações quanto ao Índice de Bishop;</li> <li>• Não pode ser eliminada a possibilidade de vieses e eventuais fatores de confundimento não medidos.</li> </ul>

**Legenda:** IE - indução eletiva; AE - atitude expectante; IMC - Índice de Massa Corporal

*Indução eletiva do trabalho de parto às 39 semanas de gestação Vs atitude expectante: revisão sistemática*